

Бабійчук В.В.

**КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Мельничук Л.В.)

Мета роботи: вивчення факторів ризику зниження толерантності до фізичних навантажень у школярів міста Чернівці.

Стан здоров'я дітей тісно пов'язаний з їх фізичною дієздатністю, що залежить від компенсаторних можливостей організму дитини. Будь-яка невідповідність фізичних навантажень на уроках фізичної культури функціональним можливостям організму дітей може призвести до серйозних відхилень в стані фізичного здоров'я, порушенням у функціонуванні різних систем організму дитини.

Після трагічних випадків, коли під час уроків фізкультури померли школярі, МОЗ України запровадило медико-педагогічний контроль за проведенням уроків фізкультури. Толерантність серцево-судинної системи дітей до фізичних навантажень вже визначається не лише в спортивних, але й у звичайних школах. На виконання наказу МОЗ України та МОН України №518/674 від 20.07.2009 р. „Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах”, постанови Кабінету Міністрів України №1318 від 08.12.2009 р. „Порядок здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів” з 2009 року проводиться медичний огляд школярів та розподіл їх за фізкультурними

групами (основна, підготовча, спеціальна) після проведення функціональної проби Руфьє на толерантність до фізичних навантажень.

У 2010 році профілактичний медичний огляд з визначенням функціональних можливостей серцево-судинної системи проведено 21210 учням, що склало 99,5% від загальної кількості учнів міста. Аналіз динаміки показників за 2008–2010 роки свідчить, що кількість дітей у основній групі після впровадження проби Руфьє значно зменшилась, а в підготовчій групі збільшилась. У той же час, звертає на себе увагу, що в підготовчу групу окрім дітей, які знаходяться в періоді реабілітації (10,6%), потрапили діти практично здорові – 23,6%, які при огляді не мали ознак захворювання, але мали знижені показники толерантності до фізичних навантажень за результатами проби Руфьє.

У сучасних умовах лише 20% населення мають достатньо інтенсивне фізичне навантаження, яке забезпечує необхідний мінімум енергозатрат. Обмеження рухової активності призвело до зниження функціональних можливостей дітей. У великої кількості школярів виникла реальна загроза розвитку гіпокінезії та як наслідок порушення енергетичного і пластичного обміну (в першу чергу в м'язовій системі).

Білоус Т.М., Мислицька Г.О., Николайчук Р.П.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗА РІЗНОГО АЦЕТИЛЯТОРНОГО ФЕНОТИПУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є однією з найпоширеніших алергопатологій дитячого віку впродовж останніх десятиліть. Саме досягнення та втримання контролю над хворобою – головна мета Глобальної ініціативи з профілактики та лікування астми та локальних протоколів багатьох країн.

Мета роботи. Оцінити ефективність базисної протизапальної терапії в дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від типу ацетилювання.

Матеріали та методи. Для досягнення мети роботи обстежено 105 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які отримували стаціонарне лікування в ОДКЛ м. Чернівці. Клінічні групи сформували за типом ацетилювання: I групу сформували хворі зі швидким ацетиляторним фенотипом (55 дітей), а II групу – з повільним (50 дітей). Середній вік дітей I групи становив  $12,5 \pm 0,49$  років (71,8 $\pm$ 6,63% хлопчиків), II групи –  $13,0 \pm 0,42$  років (64,9 $\pm$ 6,38% хлопчиків), тобто групи порівняння зіставимі за основними клінічними характеристиками. Упродовж року діти отримували контролюючу терапію (згідно рекомендацій GINA–2008), ефективність якої оцінювали за констеляцією бальної оцінки симптомів БА (денні та нічні сим-

птоми, обмеженість фізичної активності, частота застосування швидкодіючих  $\beta_2$ -агоністів, загострень, госпіталізацій і позапланових візитів до алерголога на рік), при цьому зменшення суми балів свідчило про досягнення контролю над захворюванням, а збільшення – про його втрату.

Результати дослідження. Виявлено, що діти зі швидким ацетиляторним фенотипом наприкінці курсу базисного лікування порівняно з пацієнтами II групи вірогідно менше скаржилися на наявність денних симптомів бронхіальної астми ( $1,7 \pm 0,25$  балів проти  $2,5 \pm 0,27$ ,  $p < 0,05$ ) й обмеженість фізичної активності ( $1,1 \pm 0,22$  балів проти  $2,1 \pm 0,29$ ,  $p < 0,05$ ) і рідше застосовували швидкодіючі  $\beta_2$ -агоністи ( $1,0 \pm 0,21$  балів проти  $1,9 \pm 0,32$ ,  $p < 0,05$ ). У дітей із повільним ацетиляторним фенотипом вірогідно зменшувалася лише частота загострень на рік ( $3,4 \pm 0,22$  проти  $2,6 \pm 0,27$  балів,  $p < 0,05$ ).

Висновки. У дітей із повільним типом ацетилювання порівняно з пацієнтами зі швидким ацетиляторним фенотипом, контролююча терапія менш ефективна, що потребує призначення таким хворим більшого обсягу базисного протизапального лікування для досягнення повного контролю над захворюванням.